

Année 1932.

THÈSE

No
296

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PRÉSENTÉE PAR

Marguerite GILLARD

Ancienne externe des Hôpitaux

née à Paris le 27 mars 1913

Traitement du Lichen Plan

PAR

les Rayons Ultra-Violets

Président : M. le Professeur GOUGEROT

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES

—
1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	{ CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEREBoullet.
Clinique des maladies du système nerveux	NOBECOURT.
Clinique des maladies infectieuses	H. CLAUDE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DEL BET. CUNEO. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	I.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	OMBREDANNE.
Clinique propédeutique	RATHERY.
Clinique de la tuberculose	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	SERGENT.
	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	{ MAUCLAIRE. MULON.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.

MM.	
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri	Chimie biologique.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	(Pasteur) Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS APPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
REITTERER	Histologie
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique annexe à titre permanent

MM	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.	
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire .

FREY

CHAILLEY-BERT

LEDOUX-LEBARD

WEIL-HALLÉ

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

Stomatologie.

Education physique.

Radiologie clinique.

Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551819_0016

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1932.

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

PRÉSENTÉE PAR

Marguerite GILLARD

Ancienne externe des Hôpitaux

Traitement du Lichen Plan

PAR

les Rayons Ultra-Violets

Président : M. le Professeur GOUGEROT

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES



La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A MON PÈRE ET A MES FRÈRES

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider notre thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUSTE

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

qui nous a inspiré cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JUSTER

Assistant d'électro-radiologie à l'Hôpital Saint-Louis

*qui a bien voulu nous aider de ses
précieux conseils, et à qui nous expri-
mons ici nos très sincères remercie-
ments.*

Ayant eu l'occasion d'assister aux traitements du Lichen Plan par l'Actinothérapie, appliqués à l'Hôpital Saint-Louis dans le service du Docteur Louste par le Docteur Juster, nous nous proposons de rapporter ici les résultats de cette méthode, encore peu employée, et qui nous semble mériter de l'être davantage.

nous rappellerons tout d'abord les caractères cliniques du Lichen Plan ;

nous étudierons ensuite les inconvénients des traitements qui lui sont le plus couramment opposés actuellement ;

nous indiquerons le mode d'application des U.V. au L. P. que l'expérience a montré être le meilleur ;

nous rapporterons ensuite un certain nombre d'observations de porteurs de Lichen traités par cette méthode ;

enfin, nous étudierons les hypothèses pathogéniques qui s'accordent le mieux avec les faits de guérison constatés par cette thérapeutique.

Le L. P., lichen de Wilson, encore appelé lichen ruber planus, est une dermatose bien nettement définie, caractérisée objectivement par une lésion élémentaire particulière : celle-ci est une papule typique, de la dimension d'une tête d'épingle petite ou moyenne ; ses limites sont précises, son contour polygonal très rarement arrondi ; sa surface est aplatie ; elle est brillante à la lumière oblique ; sa couleur est d'un rose jaunâtre, qui peut se confondre avec celle de la peau normale, ou être plus violacée. Un des caractères pathognomoniques de cet élément est la présence à sa surface de stries blanchâtres, souvent étoilées, et de ponctuations opalines se détachant sur le fond plus coloré de la papule. Ce *signe du réseau* est surtout visible sur les grosses papules bien développées ; on le met en évidence en enduisant les lésions d'huile de vaseline ou d'huile d'aniline, qui rend transparente la couche cornée. Ces stries ne sont pas constantes sur tous les lichens, mais quand elles existent, elles sont caractéristiques, car on ne les rencontre dans aucune autre dermatose. La papule est ferme au toucher, sèche, et faisant une saillie peu marquée au dessus du niveau de la peau.

Les papules naissantes sont très petites, de la

taille d'une pointe d'aiguille, déjà brillantes. Le signe du réseau ne peut y être encore décelé. Mais rapidement, en quelques jours, elles augmentent légèrement de volume, et surtout elles se multiplient. Par endroits, elles restent séparées les unes des autres ; en d'autres endroits, elles confluent, et finissent par former de placards. Ces placards sont de dimensions très variables, irrégulièrement ronds ou ovalaires ; épais sur les bords, ils se dépriment en leur centre, où ils desquament finement. Le placards sont entièrement quadrillés par des hachures limitant des losanges ou des polygones de surface brillante. Aux bords des placards se retrouvent des papules isolées ou en groupes peu nombreux.

Fréquemment, le Lichen Plan s'accompagne de troubles *pigmentaires*. Les papules et les placards se pigmentent, ou souvent s'entourent d'un halo pigmentaire. Quelquefois, l'hyperpigmentation est au pourtour, tandis que le centre est achromique. D'ailleurs, les reliquats pigmentaires sont fréquents après la disparition du lichen, et nous verrons que c'est là un des inconvénients du traitement arsénical qui a tendance à exagérer cette dyschromie.

Le Lichen Plan peut atteindre n'importe quelle partie du corps. Toutefois, il affectionne certaines localisations, telles que la face antérieure des poignets, les avant-bras et les jambes, la partie inférieure de l'abdomen, les lombes, les organes génitaux externes, la paume des mains et la plante des pieds. Dans certaines de ces localisations, le Lichen Plan prend un aspect particulier. C'est ainsi qu'au

cuir chevelu, il conflue en plaques d'un rouge grisâtre, parsemées de petites dépressions en cupules et recouvertes de squames adhérentes. Le centre de ces placards est affaissé, et leurs bords saillants. La plaque est le siège d'une alopecie plus ou moins complète.

A la *plante des pieds* et à la *paume des mains*, les papules, au début, sont d'un blanc jaunâtre, ressemblant à des taches situées au-dessous de l'épiderme corné. On les prend parfois pour des vésicules, mais en dilacérant l'épiderme avec une aiguille, on voit qu'il n'en est rien. L'épiderme a tendance à desquamier, donnant naissance à un aspect particulier, criblé, car, chaque papule desquamant isolément, il se forme autant de petits puits jaunâtres, dont les bords sont formés d'épiderme corné jaunâtre en desquamation. Dans d'autres cas, les éléments confluent ; l'épiderme se détachant laisse à nu des taches rougeâtres irrégulières, entourées d'une collerette épidermique. Parfois enfin, chaque élément offre l'aspect d'un petit soulèvement de la même couleur que le reste de la peau, et centré par une dépression noirâtre qui semble être l'orifice d'une glande sudoripare.

Aux *plis cutanés*, il n'est pas rare que l'éruption de Lichen Plan ait perdu ses caractères à cause de la macération, et qu'il faille pour le reconnaître, un examen soigneux des éléments situés autour de la plaque principale.

Le Lichen Plan se développe souvent aussi sur les muqueuses et les demi-muqueuses. Dans bien des

cas, sa présence aide à éclairer le diagnostic douteux d'une lésion cutanée. Mais il est fréquemment isolé, sans atteinte concomittante de la peau. Quand il est associé à l'éruption cutanée, il peut la précéder de longtemps. — On le trouve sur la muqueuse buccale, et sur celle des organes génitaux, au gland, sur la face interne du prépuce, sur la muqueuse du méat uréthral, et sur la muqueuse anale.

La localisation *buccale* la plus fréquente est celle de la face interne des joues. Débutant assez en arrière, au niveau des dernières molaires, rarement plus en avant dans le sillon gengivo-génien inférieur, il apparaît sous forme d'une ponctuation d'un blanc laiteux, faite de très petits éléments isolés ou confluent, et réunis les uns aux autres par des stries blanches très fines, de direction surtout antéro-postérieure, qui finissent par former un réseau irrégulier. Ce réseau repose sur une muqueuse saine, mais il lui donne par sa présence un aspect pseudo-cicatriciel. La disposition de ce réseau rappelle les stries blanches étoilées qu'on observe sur les éléments lichéniens de la peau. Des lésions identiques peuvent siéger sur les gencives, au palais, voire même aux amygdales où sa présence a été signalée. Plus fréquent est le Lichen Plan de la langue, dont il occupe surtout la face dorsale, et moins souvent les bords ou la face inférieure. Il y forme soit des points isolés, ou des trainées de papules, soit plus souvent des plaques irrégulières, d'étendue variable, plaques dites en pain à cacheter. Arrondies ou ovalaires, elles sont d'un blanc bleuâtre mat

porcelainé, moins nacré que celui de la leucoplasie. Il arrive que les papilles subissent au niveau des plaques un processus d'atrophie. On a pu comparer l'aspect du lichen plan de la langue, surtout au début, à celui que donnerait une cautérisation au nitrate d'argent.

Toutes ces localisations muqueuses sont remarquablement indolores ; aussi passent-elles généralement inaperçues quand elles sont isolées. Quand elles sont associées à du lichen cutané, elles sont souvent une découverte d'examen. On peut voir toutefois des Lichens buccaux s'accompagner de sensations anormales, de légers picotements ; mais une véritable douleur est rare.

Contrairement aux localisations du Lichen Plan sur les muqueuses, celles de la peau attirent l'attention par des phénomènes subjectifs extrêmement variables suivant les sujets. Dans la plupart des cas, ils sont accentués, consistant en un prurit soit continu, soit discontinu, avec des paroxysmes qui, dans les formes aiguës, peuvent devenir fort gênants pour le malade, empêchant parfois le sommeil. C'est souvent ce prurit qui amène le malade à consulter. Il est surtout marqué dans certaines localisations : on a remarqué son intensité fréquente dans les lichens de la paume des mains et de la plante des pieds. Dans certains cas cependant de lichen cutané torpide, le prurit est nul ou à peu près.

L'évolution du Lichen Plan est d'une grande lenteur. Il est apparu insidieusement, et souvent les malades ne peuvent préciser son début exact. Dans

certaines formes chroniques et torpides, il peut persister de longs mois sans changement notable. Mais plus souvent, il va s'étendre, soit progressivement, soit surtout par petites poussées, qui comme nous le verrons, sont souvent imputées à une défaillance passagère de la résistance physique ou morale du malade. Cette évolution par poussées est celle qu'on observe dans la forme habituelle subaiguë. (On peut alors voir des papules d'âges différents, les unes adultes relativement volumineuses, les autres plus récente et plus petites.) Il n'est pas rare que sur un fond torpide se greffent des poussées subaiguës.

Quant à la régression, quand elle se produit spontanément, elle est d'une extrême lenteur. Mais cette évolution favorable n'est pas constante. Le Lichen Plan peut durer indéfiniment, et tendre à se généraliser. Aussi, sans tenir compte de cette tendance naturelle à la régression est-il nécessaire de tenter une thérapeutique susceptible de débarrasser le malade de son lichen.

Après la disparition de l'affection, persiste souvent, comme nous l'avons vu une pigmentation plus ou moins marquée.

Quand il est localisé aux muqueuses, le L.P. évolue de façon lente et torpide.

A côté de ces formes chroniques avec ou sans poussées subaiguës, on a décrit une Forme Aiguë, à évolution rapide : c'est le L.P. Aigu de Lavergne. Dans cette forme, les papules sont rouges, tendues, moins aplaties que dans la forme habituelle. Elles apparaissent rapidement nombreuses. En quelques

jours, elles peuvent recouvrir la surface du corps. Elles confluent en placards rouges et irréguliers, où la peau, infiltrée et épaisse, est le siège d'une desquamation assez abondante. Exceptionnellement, quelques bulles d'existence éphémère peuvent apparaître. Enfin, à son degré extrême, le L.P. aigu peut verser dans la dermatite exfoliatrice.

Le L.P. Aigu peut soit disparaître spontanément en un ou deux mois, soit passer à la forme chronique. Au cours de son évolution, et surtout au début on a signalé des phénomènes généraux, (qui, comme nous le verrons ont servi à quelques auteurs d'argument en faveur d'une origine infectieuse du L.P.).

On a décrit de nombreuses formes cliniques du Lichen P. d'après son aspect morphologique.

Il existe un L.P. atrophique, celui dont la papule s'accompagne d'atrophie cutanée, d'emblée, dès son apparition. Ce L. Atrophique, qui est rare, donne aux papules, ou aux placards formés par leur confluence, un aspect blanchâtre cicatriciel. Cette forme doit être distinguée du L.P. ordinaire, qui laisse souvent après la disparition de la papule un certain degré d'atrophie cutanée, formant des cicatrices plus ou moins déprimées et scléreuses.

Dans le L. Hypertrophique Corné, les papules subissent une transformation hypertrophique telle qu'elle ne sont plus reconnaissables. Le derme est fort épaissi à leur niveau, de sorte qu'elles forment de véritables tumeurs de plusieurs millimètres de haut. Elles confluent en placards qui sont criblés

d'orifices folliculaires ou sudoripares. Le prurit, dans cette forme, est souvent intolérable.

L'évolution est lente. On voit parfois coïncider cette forme avec d'autres localisations de L.P. typique.

Le Lichen Obtusus de Unna est constitué par des papules plus volumineuses que celles du L.P. typique. Elles sont hémisphériques ou semi-coniques, aplaties à leur sommet, polies, et sans squames, souvent cireuses, presque transparentes. En leur centre se trouve une petite dépression rougeâtre ; cette forme est rarissime. En se rapprochant, les nodosités forment des cordons, des chapelets : C'est la forme de Lichen ruber moniliformis de Kaposi.

Quant au Lichen Obtusus corné, il doit, pour Brocq, être rangé dans les prurits circonscrits avec lichénification..

Enfin, diverses formes de Lichen Ruber acuminatus ont été décrites : formes très rares, qui, pour certains auteurs ne doivent pas être admises dans le cadre du L.P.

Rare aussi est la forme de L.P. Erythémateux, avec éruption rouge, sans papules. Son évolution est bénigne, mais assez persistante.

Enfin, on a isolé une forme spéciale, le L.P. pigmentaire, dans lequel la pigmentation diffuse peut faire méconnaître les papules du Lichen Plan.

Le mode de groupement a pu faire distinguer plusieurs formes spéciales : *La Forme circinée*, dans laquelle les lésions élémentaires se groupent suivant une disposition annulaire, plus ou moins géométrique.

que, soit en cercles complets, c'est le *L.P. annulatus* ; soit en cercles incomplets, rejoignant les cercles voisins en dessins plus ou moins élégants, c'est le *L.P. marginatus*.

Enfin, on a signalé un *L.P. Zoniforme*, dans lequel l'éruption a la même disposition que celle du zona.

Le L.P. peut simuler les affections les plus diverses. Une erreur fréquente consiste à le prendre au premier abord pour une éruption de syphilides papuleuses. Celles-ci n'ont cependant avec le lichen que des analogies lointaines. Elles n'en ont ni le contour polygonal, ni l'ombilication centrale, ni les facettes brillantes. Leur aspect squameux ou squamo-croûteux, leur collerette de Bielt les feront reconnaître. Ce diagnostic est à faire surtout dans les formes circonscrites que nous avons citées.

Les lichénifications secondaires peuvent simuler le L.P. au début. Dans ce dernier cas, le contour des lésions est plus diffus, les papules sont moins nettes, leur surface moins brillante ; les stries opalines font défaut. La difficulté de ce diagnostic est souvent grande.

Le prurigo circonscrit (ou Lichen Simplex de Vidal) peut aussi simuler le lichen plan. Mais ses papules sont moins nettes, hémisphériques, et les stries caractéristiques du lichen plan font défaut.

La porokératose, le lichen scrofulosorum sont des affections rares qui peuvent simuler le L.P.

Enfin le psoriasis punctata comporte des éléments plus rouges et plus squameux que ceux du L.

Le parapsoriasis à papules brillantes et planes ne ressemblent à celles du lichen plan que de façon fugace. Leur évolution fera le diagnostic.

Le L. P. Aigu fera penser aux diverses érythrodermies, et souvent le diagnostic ne sera possible qu'à la période de déclin, quand les éléments auront repris leurs caractères typiques.

Chez l'enfant, l'eczéma prurigineux peut s'accompagner de papules brillantes, d'ailleurs éphémères susceptibles de simuler celles du L.P.

Le L. P. Buccal, d'un diagnostic généralement plus aisé que celui du L.P. cutané, est avant tout à différencier de la leucoplasie. Les localisations différentes, l'aspect uniforme des plaques, l'absence de tractus et des taches blanches pseudo-papuleuses la feront reconnaître.

Les plaques muqueuses buccales n'ont avec le L.P. qu'une ressemblance lointaine, et d'ailleurs s'accompagnent toujours d'autres lésions de syphilis secondaire.

Dans tous les diagnostics douteux, la recherche soignée de la lésion élémentaire : la papule de lichen plan, et, au besoin, son examen histologique, permettront le diagnostic.

Le L. P. est une affection rebelle. L'obscurité qui règne sur son étiologie et sur sa pathogénie fait que, pour combattre cette affection, les traitements les plus divers ont été essayés, les uns d'une manière empirique, les autres en partant d'hypothèses pathogéniques variées, que nous étudierons à part. Mais constatons dès maintenant que la diversité même des traitements proposés jusqu'ici, et leur longueur montrent qu'aucun d'eux ne constituait une arme sûre pour lutter contre le L.P.

Nous ne passerons pas en revue ces divers traitements, dont la plupart sont tombés en désuétude ; parmi eux, nous signalerons seulement :

Les régimes alimentaires : leur action a été nulle.

L'hydrothérapie : (douches en pluie d'une durée de 10 minutes suivies d'affusions froides), traitement classique, qui peut améliorer l'insomnie et le prurit, mais de façon tout éphémère.

Les Cures thermales : (douches ou bains d'eaux arsénicales de la Bourboule, eau d'Uriage en injections intraveineuses).

La durée de ces traitements est indéterminée.

Localement : *Les Antiprurigineux* : pâtes mentholées, lait de sapolan, qui n'ont qu'une action passagère.

Les Pommades Anesthésiques à la cocaïne ou à la stovaïne.

Les Antiseptiques : le calomel, les lotions au sublimé, la pommade de Unna (acide phénique et sublimé), le permanganate de potasse, (employé même dans le Lichen buccal).

Toutes ces médications ont quelques succès à leur actif, mais leur effet est passager, et elles sont souvent mal tolérées. Les seuls topiques calmants encore en usage sont les goudrons végétaux, et parmi eux *l'Huile de Cade*, à la fois réducteur et anti-prurigineux.

Plus récemment, on a essayé :

Le Bromure de Sodium intra-veineux ;

L'Hyposulfite de soude intra-veineux.

Le Tartrate d'ergotamine ;

L'Auto-hémothérapie.

Toutes ces médications, proposées par divers auteurs, ont pu donner une amélioration du symptôme prurit, avec ou sans modification objective de l'éruption.

Le *Cryothérapie* doit être rejetée, comme trop douloureuse pour être opposée à une lésion somme toute bénigne et peu gênante.

Ravaut a depuis longtemps proposé de traiter le L.P. par la Ponction lombaire. Celle-ci aurait pour effet la cessation rapide du prurit, et parfois, mais non constamment, une atténuation des lésions. Mais il est souvent nécessaire de la répéter 3 ou 4 fois. Aussi ce traitement pénible est-il difficilement accepté des malades.

A côté de ces thérapeutiques symptomatiques, on avait cru trouver dans *l'Arsenic* un traitement spécifique du L.P.

Sa forme métalloïdique, (arséniate de soude ou liqueur de Fowler), la seule employée autrefois, est à l'heure actuelle presque unanimement rejetée, car elle offrait des inconvénients évidents. La dose toxique en est très voisine de la dose thérapeutique, et, même maniée avec prudence, elle est susceptible de provoquer des perturbations graves de l'état général. — D'autre part, dans les formes aiguës, ces arsénicaux sont capables de déterminer la production de formes bulleuses. — Et comme, de plus, leur action est hypothétique, qu'ils nécessitent un traitement indéfiniment prolongé, les arsénicaux métalloïdiques n'ont plus guère de partisans aujourd'hui.

On a voulu les remplacer par les composés organiques de l'arsenic.

Le *cacodylate de soude* a donné des résultats inconstants, malgré les fortes doses employées.

L'énésol, *l'acétylarsan*, *le tréparsol*, ainsi que le 914 en injections intraveineuses hebdomadaires ne dépassant pas 0,60 cgr. sont couramment employés, et beaucoup d'auteurs leur doivent des succès, (inconstants d'ailleurs). Cependant, divers reproches peuvent être faits à cette médication. Il n'est pas rare de voir au début du traitement, après la 2^e ou 3^e injection, (qu'il s'agisse de novar ou d'acétylarsan) se produire une exacerbation du Lichen : l'éruption devient plus rouge, tandis que le prurit augmente con-

sidérablement. Cette réaction cesse parfois en continuant le traitement, mais dans d'autres cas oblige à l'interrompre.

De plus, il faut compter avec la curieuse propriété des arsénicaux d'amener parfois une généralisation impressionnante d'une éruption de L.P. jusque là discrète et localisée. Plusieurs cas en ont été cités.

(On a même observé des cas indéniables d'apparition de L.P. jusque là inexistant, déclanchés de toute pièce par le novarsénobenzol, au cours d'un traitement anti-syphilitique, ce qui, comme nous le verrons, pose un problème pathogénique).

Enfin, il faut tenir compte de ce que les Arsénobenzènes ont le grave inconvénient d'être un facteur important de pigmentation. Déjà, on sait que le L.P. quand il guérit spontanément laisse souvent après lui des séquelles pigmentaires importantes. Mais il en laisse toujours, et de plus durables, quand il a été traité par l'arsenic, sous forme de taches plus ou moins pigmentées, allant jusqu'au brun sépia. Il semble donc qu'il n'y ait pas intérêt à remplacer un semis de papules souvent peu visibles par des macules pigmentaires, souvent plus tenaces que l'éruption elle-même. Cette hyperpigmentation consécutive si fréquente constitue donc une contre-indication à cette thérapeutique.

Enfin les arsénicaux organiques sont très susceptibles de causer des accidents d'intolérance, (nausées, vomissements, diarrhée, fièvre), qui obligent à interrompre le traitement, sans parler des complica-

tions plus graves. Aussi, s'il est logique d'employer dans la syphilis ce traitement énergique, il est un peu paradoxal de l'employer dans une affection certes gênante parfois, mais ne mettant pas en danger la vie du malade.

Pour toutes ces raisons, les arsénicaux organiques perdent actuellement du terrain au profit de thérapeutiques plus faciles à manier et plus constamment efficaces.

Depuis quelques années, à la suite de Pautrier et de Gouïn, la Radiothérapie a été appliquée au L.P.

Elle s'emploie soit suivant la technique de Gouïn sous forme d'irradiations superficielles de 2 zones d'élection, l'une principale, inter-scapulo-vertébrale, l'autre accessoire, dorsale inférieure. Son emploi vise le Sympathique ; soit suivant la méthode de Pautrier et de l'école de Strasbourg, sous forme d'irradiations profondes de la colonne vertébrale, pour agir sur la moëlle ; soit enfin suivant la technique de Hudelo, qui concilie les deux précédentes : irradiation des zones d'élection de Gouïn répondant aux zones d'émergence du Sympathique, au moyen de rayons pénétrants.

Quelle que soit la technique employée, la Radiothérapie a fait preuve, dans certains cas, d'une efficacité confirmée par les divers auteurs qui l'ont employée. On obtient, dans ces cas heureux, la cessation immédiate du Prurit et la disparition du L.P. en 4 à 6 semaines.

Cependant, ses inconvénients ne sont pas négligeables.

Rare est le Mal des Rayons, fait de troubles généraux, (céphalée, vertiges, vomissements), d'évolution bénigne.

Plus inquiétante est l'apparition assez fréquente de généralisation d'un L.P. discret, au cours du traitement, avec accompagnement de troubles généraux.

Les Radiodermites ne doivent pas entrer en ligne de compte parmi les inconvénients de la radiothérapie du L.P., car elles sont le fait de fautes de technique facilement évitables dans des mains expérimentées.

Mais le plus grand reproche qu'on puisse faire à cette thérapeutique, c'est que son action sur l'éruption est loin d'être constante. Si, dans quelques cas, elle est rapidement satisfaisante, dans beaucoup d'autres elle demande des séances réitérées prolongeant le traitement de façon indéfinie. Très souvent, même, l'échec est complet, certains L. ne réagissant aucunement à la radiothérapie, et cela sans raison appréciable. Le L.P. buccal, en particulier, est très rebelle à cette thérapeutique, (comme d'ailleurs à beaucoup d'autres.)

Devant la fréquence des L.P. arséno-résistants et radio résistants, on a été amené à recourir à une autre méthode physiothérapique : l'Actinothérapie.

Son usage est récent, et beaucoup moins étendu que celui de la Radiothérapie. C'est en 1926 que les U.V. ont été introduits dans la thérapeutique du L.P., par M. Juster, qui, dans une communication

à la Société de Dermatologie de 1928, en a publié les premiers résultats obtenus sur les malades du service de M. Louste.

D'abord associé à la Radiothérapie, ou lui succédant en cas d'échec, l'actinothérapie a donné des résultats si rapides sur le prurit et l'éruption qu'on a été amené à l'employer d'emblée dans les cas non encore traités et sans association avec aucune autre thérapeutique.

Au début, l'Actinothérapie fut considérée comme une méthode accessoire. On n'attendait d'elle qu'un effet mécanique : la desquamation de la couche d'hyperkératose. On employait alors la technique suivante :

Après avoir décapé les lésions Papuleuses du L.P. par le savon noir ou une pommade salicylique, on appliquait les R.U.V. Le malade, placé à 70 cms de la lampe à vapeur de Mercure était irradié pendant 6 à 20 minutes, (le champ irradié ne devant pas, par précaution, dépasser le $\frac{1}{4}$ de la surface totale du corps.) Les fortes doses employées provoquaient une desquamation prononcée. L'irradiation était répétée 3 fois par semaine jusqu'à concurrence de 12 à 15 séances. Après un repos d'un mois $\frac{1}{2}$, on recommençait une nouvelle série, s'il en était besoin.

Cette méthode a donné de bons résultats. Certains malades étaient blanchis en une seule séance. Mais elle avait l'inconvénient d'être pénible, en raison des très fortes doses qu'elle nécessitait, aboutissant à une véritable brûlure.

Actuellement, dans le service de M. Louste, les

malades dont nous rapportons un certain nombre d'observations sont traités par le Dr Juster de la façon suivante :

Le malade, placé à 60 cms de la lampe, est irradié, pendant la première séance 3 minute sur chaque champs. Cette durée est augmentée de 1 à 2 minutes par champs à chaque séance.

On tâte la susceptibilité individuelle du malade aux U.V., si variable comme on sait. — On modifie la distance de la lampe et le temps d'irradiation, (on aboutit en général à 10 minutes), jusqu'à obtenir une dose érythémateuse. Celle-ci varie non seulement suivant les sujets, mais aussi avec les régions à traiter. Le nombre des séances est généralement de 8 à 12, quelquefois plus élevé, mais souvent moindre.

L'action des U.V. se fait d'abord sentir sur le prurit. Il n'est pas rare que dès la 2^e séance on obtienne la cessation complète de prurit ancien et assez intense parfois pour entraîner des insomnies. Quand l'effet se fait attendre davantage, c'est cependant toujours sur le prurit qu'il commence.

En même temps, l'éruption se modifie. Tout d'abord les plaques lichéniennes et les papules s'affaiblissent, et parfois desquament. Leur coloration se modifie, passant du rouge au jaune, puis au bistre. Elles laissent souvent après elles des macules pigmentaires brunâtres qui disparaissent peu à peu.

Le L.P. d'apparition récente disparaissent beaucoup plus rapidement en général que les L. anciens ; et, dans une même éruption, les papules les plus jeunes disparaissent les premières. L'ordre de disparition est inverse de l'ordre d'apparition.

Dans quelques cas de L.P. diffus, nous avons vu, après irradiation de certaines régions du corps, les papules disparaître spontanément en d'autres régions qui n'avaient pas été irradiées. Pourtant nous avons remarqué que dans la généralité des cas les papules disparaissaient sur les zones irradiées, et restaient sans changement sur celles qui n'avaient pas été traitées ; qu'à irradiations égales, les papules étaient moins modifiées dans les régions peu irradiées que dans celles qui avaient été soumises à de fortes irradiations ; — que dans les cas où le malade est frappé d'un fort coup de soleil actinique, c'est au niveau de cette réaction que la disparition des papules est le plus complète.

Un perfectionnement a été apporté récemment à la technique des U.V. appliqués au L.P. Il est apparu que certaines substances avaient la propriété de renforcer l'action des U.V. sur le L., sans doute en sensibilisant la peau à ces radiations.

Dans une communication à la Société de Dermatologie, (13 mai 1931), M. Juster rapporte qu'un de ses malades, souffrant d'une bronchite, s'étant frictionné le dos avec de la teinture d'iode gaïacolée, il apparut évident que sur cette région les U.V. avaient eu un effet plus rapide que sur les autres zones irradiées. Depuis, il fait constamment frictionner les régions couvertes des papules de L. avec une solution alcoolique ou alcool-éthérée iodée et gaïacoltée, avant de faire des irradiations d'U.V.

L'emploi de cette substance renforce l'action des U.V., la rend plus nette et plus facile. — Dans cer-

ains cas, en l'appliquant sur l'un des membres, et en s'en abstenant sur l'autre atteint d'une éruption égale, les différences des résultats obtenus ont été frappantes.

Diverses substances ont été essayées de la même façon, mais elles n'ont pas donné d'aussi bons résultats, non plus que les sinapismes appliqués sur la région à traiter.

L'actinothérapie peut également être appliquée avec succès dans les cas de L.P. jugal ou lingual. Dans ces cas, il faut éviter avec soin la brûlure, toujours désagréable dans la bouche. Il convient de traiter séparément les éléments avec une baguette de Quartz.

Comme tout L. des muqueuses, le L. buccal est assez résistant aux irradiations, mais un traitement assez prolongé amène la guérison.

Dans quelques cas, nous avons vu le L.P. buccal disparaître spontanément, sans aucun traitement local, après irradiation aux U.V. de la localisation cutanée.

Si le traitement du L. est poursuivi jusqu'à la disparition complète des papules, on ne voit pas de récurrence. Nous avons vu dans quelques cas une localisation muqueuse, buccale ou (génitale) apparaître au cours du traitement de la localisation cutanée, et disparaître après application des U.V. sur ces nouvelles lésions.

Les observations que nous présentons montrent l'intérêt que présente cette nouvelle thérapeutique du L.P. Elle semble pouvoir soutenir avec avanta-

ges la comparaison avec les traitements classiques du L.P. Et en particulier, on doit préférer les U.V. sans hésitation à la radiothérapie. Ils lui sont supérieurs par la constance des résultats, qui permet de les entreprendre à coup sûr ; ils sont mieux acceptés des malades, n'offrent aucun danger s'ils sont maniés avec prudence ; ils sont d'un emploi moins coûteux, et ne nécessitent qu'un appareillage très simple.

Aussi, ce traitement, actuellement très peu répandu nous semble destiné à détrôner les autres, jusqu'à ce qu'un remède spécifique du L.P. ait été découvert.

OBSERVATION I

Thérèse H..., modiste, 43 ans, se présente à l'hôpital le 19 novembre 1929 pour une poussée de L.P. datant de 2 mois. Elle aurait eu une éruption semblable, il y a un an. Actuellement, sur les bras, lichen confluent, mais dont les éléments sont anormalement aplatis. Pas de localisation buccale. La malade a déjà subi sans résultat un traitement arsénical par malade a déjà subi sans résultat un traitement arsénical sous forme de liqueur de Fowler. Nous la mettons au traitement par les R.U.V. locaux.

Du 20 Novembre au 6 Décembre, elle subit 8 séances d'U.V. consistant en une application sur chaque bras de 6, 7, 8, 9, puis deux fois 10 minutes. Ces doses ont provoqué de forts érythèmes.

Le 19 Décembre les papules ont complètement disparu.

OBSERVATION 2

J... Emile, 23 ans, Garçon de café, consulte le 6 décembre 1927 pour une éruption de L.P. siégeant sur la verge, et datant d'un an. Cette localisation est isolée.

Le malade est soumis aux R.U.V. locaux bihebdomadaires, (une application de 5 minutes, une de 6', deux de 8', et 3 de 10 minutes).

Au bout de ces 7 séances, le 28 janvier 1928, l'éruption a complètement disparu. 2 applications de 10 minutes sont encore faites pour consolider la guérison.

OBSERVATION 3

B... F..., magasinier, 24 ans se présente le 22 septembre 1927 pour L.P. de la verge datant de six mois, s'accompagnant d'un prurit intense. Pas d'autres localisations.

Du 29 Nov. au 27 Déc. 1927, le malade subit 5 séances de R.U.V. (de chacune 2 applications de 3, 4, 5, 6, 7 minutes, puis de 8 minutes).

Le 19 janvier, on constate que les papules se sont affaïssées ; le prurit a disparu dès la 6^e séance.

Du 12 janvier 1928 au 2 février, le malade subit encore 16 nouvelles séances de deux applications d'une durée de 10 minutes chacune.

Le 10 mars 1928, la guérison est complète.

OBSERVATION 4

Paul D..., Chauffeur, 49 ans. Se présente à l'hôpital le 14 avril 1931, avec un L.P. très confluent, siégeant aux bras, au thorax, avec quelques éléments au cou et à l'abdomen, au dos, et aux jambes. L.P. buccal. Ce L. date d'un mois environ. Le prurit est peu marqué.

R.U.V. locaux à dose érythémateuse, séances bihebdomadaires, de chacune 6 applications, correspondant aux 6 localisations de ce L. — Après 3 séances, les papules ont déjà disparu sur le dos et le thorax. (Ces régions ont été le siège d'un érythème violent). Après, 6 autres séances, les papules du cou et de l'abdomen ont à leur tour disparu. Aux bras et aux jambes, l'éruption a diminué. Le 30 mai 1931, après 4 nouvelles séances le L.P. a complètement disparu. Ce traitement a nécessité 14 séances d'U.V., et a duré 1 mois 1/2.

OBSERVATION 5

Roger A..., 33 ans, vendeur, est mis au traitement par les U.V. locaux, le 13 mai 1930, pour une éruption de L.P. typique datant de deux mois et siégeant à la face antérieure des deux cuisses.

Le 19 juin, après 8 séances d'une durée croissante de 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 10 minutes, la guérison est complète.

OBSERVATION 6

D... Marie, mécanicienne, 34 ans. 2 octobre 1930. L.P. siégeant aux bras, au thorax, à l'abdomen et aux jambes, d'autant d'un mois.

Il s'accompagne d'un prurit particulièrement intense. L'examen fait découvrir une localisation buccale à la face interne des joues et au voile du palais, qui était passée inaperçue. Cette malade est visiblement une « nerveuse » comme en témoigne son allure générale. Elle a d'ailleurs eu dans sa jeunesse, des crises nerveuses avec chutes et convulsions, probablement pithiatiques. On retrouve aussi dans les antécédents, des adénopathies cervicales et des bronchites à répétition chaque hiver. Avant l'apparition du L.P., la malade s'était fatiguée en se soumettant à une cure d'amaigrissement.

A partir du 4 octobre, la malade est mise au traitement par les U.V. locaux, (4 applications à chaque séance). Après 2 séances, le prurit a déjà disparu. La malade qui ne dormait plus depuis 3 semaines a retrouvé le sommeil.

Le 17 janvier 1931, les papules de Lichen ont disparu, laissant toutefois des macules pigmentaires.

Guérison sans aucun traitement local du L.P. de voile du palais et des joues.

OBSERVATION 7

(Malade de M. Milian)

G... Edouard, 25 ans, employé de chemin de fer, L.P. de la face interne de la joue droite, et des avant-bras ; quelques éléments sur le pied gauche.

L'éruption date d'un an et n'a jamais été traitée. Le malade a des antécédents bacillaires, et actuellement une adénopathie cervicale. Mis au traitement par les U.V. à dose érythémateuse, il subit, du 6 nov. 1930 au 19 février 1931, 15 séances comprenant chacune trois applications de 10 minutes.

Le 19 février 31, les anciennes papules ont disparu, mais une nouvelle poussée est apparue sur l'abdomen. Ces nouveaux éléments sont à leur tour irradiés. 7 séances de 3 applications de 10 minutes suffisent à les faire disparaître. De plus, les éléments de la muqueuse buccale ont disparu sans traitement local.

OBSERVATION 8

L... Hélène, sans profession, 51 ans, est atteinte d'une L.P. datant de deux mois. C'est une éruption profuse de papules typiques siégeant sur le tronc, et accompagnées d'un prurit considérable. La muqueuse buccale n'est pas atteinte, mais la malade se plaint de démangeaisons vulvaires et anales, sans lésions objectives.

Applications bihebdomadaires à doses très fortes de R.U.V. locaux sur le dos et les avant-bras. Au bout de 4 séances, (de 5, 6 8 et 9 minutes), on note la disparition des papules à la **partie supérieure** et moyenne du tronc, siège d'un érythème actinique intense. Par contre, les lombes qui ont été peu irradiés ne montrent qu'une faible diminution de l'éruption. Sur l'abdomen, qui n'a pas été irradié, pas de changement.

On continue les applications en irradiant davantage la région lombaire. Après 3 nouvelles séances, (de trois applications de 8' chacune), l'éruption a presque disparu sur les bras, le dos, les lombes, alors que les papules de l'abdomen n'ont pas changé.

On commence à irradier l'abdomen, en continuant à irradier les régions déjà traitées.

Le 28 février 1928, après 14 séances de 4 fois 10 minutes chacune, toutes les papules ont disparu, sauf quelques-unes sous les seins, qui n'ont pas été irradiées.

OBSERVATION 9

R... Louis, négociant, 35 ans, vient consulter le 21 avril 1928 pour un L.P. de la verge apparu il y a un mois. Prurit léger. Pas de L.P. dans la bouche.

Du 21 avril au 21 septembre, ce malade subit 18 applications de 10 minutes de R.U.V. locaux.

Guérison. (Toutefois, un L.P. de la langue et de la face interne des joues est apparu à la fin du traitement).

OBSERVATION 10

Mme S..., couturière, 41 ans, consulte le 9 avril 1931 pour un L.P. des bras, du thorax, des cuisses et de l'abdomen, datant de 4 mois. En 10 séances hebdomadaires de 6, 7, 8, 9, puis 10 minutes, l'éruption a complètement disparu.

OBSERVATION 11

S... Victor, électricien, 31 ans, consulte le 22 décembre 1928 pour une éruption de L.P. Papules rougeâtres sur le tronc, les organes génitaux (le scrotum surtout), la face antérieure des poignets. Piqueté blanchâtre à la face interne des joues et sur la langue. Cette éruption date de 15 jours.

Le malade reçoit 2 applications de Rayons X de 5 H nus, puis sur l'abdomen et le thorax des R.U.V. par séances hebdomadaires de chacune 2 applications de 4, puis 5, puis 6 minutes. Après ces 3 séances, les lésions des régions traitées aux U.V. sont moins papuleuses, et le prurit y a disparu. Par contre les lésions de la verge, qui n'ont pas été traitées par les U.V. restent très prurigineuses. On irradie alors aux U.V. la verge et le scrotum. Le 2 février, après 5 séances de 5 minutes chacune, la guérison est complète ; on ne voit plus aucune papule.

OBSERVATION 12

R..., employé, 51 ans, consulte le 2 septembre 1930 pour un L. P. des avant-bras, des bras, de la région épigastrique et du dos.

Une première poussée, siégeant au bras gauche, s'était produite il y a 5 mois, avait duré 1 mois, et avait disparu spontanément. La poussée actuelle date d'un mois. Les éléments de l'éruption sont volumineux et confluent, très prurigineux. Quelques éléments à la face jugale droite en arrière, et sur les gencives à gauche. Le malade est nerveux, se plaint d'insomnies et de digestions difficiles ; il aurait été traité pour tuberculose pulmonaire.

Ce malade subit 10 séances de R. U. V. de chacune trois applications de 3 à 10 minutes chacune. Erythème violent après la première séance. Dès la 3^e, les papules ont presque complètement disparu. Après la 10^e, la guérison est totale.

OBSERVATION 13

V... Arnold, employé au gaz, 54 ans, se présente le 14 avril 31 pour un L. P. disséminé aux mains, aux avant-bras, à l'abdomen, au dos, aux lombes et aux jambes, datant de 5 mois, très prurigineux. Après 18 séances de R.U.V. (2 applications de 10 minutes à chaque séance), l'éruption a presque disparu, sauf aux jambes et aux lombes, qui ont été peu irradiés. Ces régions sont irradiées séparément (3 séances de 4 applications de 10 minutes aux lombes, 7 séances de 4 applications de 10 minutes aux jambes). Le 12 décembre, la guérison est complète.

OBSERVATION 14

T... Léontine, blanchisseuse, 34 ans. 7 avril 1931. L. P. des bras, du thorax, du ventre, du dos, peu prurigineux. Datant de 3 mois ; il s'accroît progressivement. Après 6 séances hebdomadaires de 2 applications de chacune 3, 4, 5, 6, 7, puis 8 minutes, la disparition des papules est presque complète. On a obtenu un fort érythème.

Trois nouvelles séances de 2×10 minutes.

Le 11 juin 1931, à la suite d'un dépuratif, apparition de quelques nouvelles papules. Après 3 nouvelles séances, guérison, le 6 juillet 1931.

OBSERVATION 15

V... Henri, chauffeur, 30 ans. L. P. datant d'un mois, ayant débuté à l'abdomen, et s'étant généralisé au thorax, au dos, aux bras, et aux cuisses. Il s'accompagne d'un prurit vespéral intense ; nombreuses lésions de grattage. En ville, un traitement par l'hyposulfite de soude en cachets et des pommades cadiques n'a donné aucun résultat.

R. U. V. sur chaque face, débutant par 3 minutes, pour atteindre 10 minutes.

En 20 séances hebdomadaires, la guérison est complète.

OBSERVATION 16

M..., héliographeur, 24 ans. 4 avril 1931. L.P. des deux cuisses et du pli de l'aîne droite. Début il y a un an, puis guérison spontanée, mais nouvelle poussée il y a 3 mois, à la suite d'une injection de sérum antitétanique.

Rayons U. V. (joint à des badigeonnages au nitrate d'argent fort.) En 12 séances (de 3 applications allant de 3 à 10 minutes), guérison.

OBSERVATION 17

P... Claude, menuisier, 7 janvier 1928. L.P. atrophique et hypertrophique, d'aspect purpurique, datant de 8 mois, aux deux jambes ; L. lingual et jugal droit.

Du 11 janvier 1928 au 28 avril 1928, 32 séances bi hebdomadaires, 3 applications, chacune de 10 minutes.

Guérison.

OBSERVATION 18

P... Elisabeth, ménagère, 37 ans. 1^{er} septembre 1931. L.P. datant de 5 semaines, généralisé, formant par endroits de vastes placards. Eruption pâle le matin, congestive et très prurigineuse le soir. En 10 séances de 6 applications chacune, durée 3 à 10 minutes, disparition des papules. La malade se soumet encore à 5 séances d'irradiations pour consolider la guérison.

OBSERVATION 19

B... Léopold, employé, 21 ans. L.P. annulaire de la verge, traité sans succès au Val-de-Grâce par vaccin polymycosique. Date de 2 mois. Eléments plus récents à la face interne de la joue, surtout à gauche.

R. U. V. locaux sur la verge. On obtient un violent érythème solaire. — En 3 séances, grosse amélioration ; en 8 séances, guérison.

OBSERVATION 20

B... Paul, imprimeur, 39 ans. 20 janvier 1929. L.P. des deux avant-bras ; quelques papules sur la jambe gauche. L. très confluent de la face interne des deux joues et de la langue.

R. U. V. locaux, bras et langue : 8 séances bi-hebdomadaires de 3 applications de 5 minutes chacune. Amélioration au niveau des membres ; sur la langue, disparition des papules de la face dorsale, atténuation de celles des bords.

Trois nouvelles séances : guérison (mais quelques éléments papuleux apparaissent sur la verge. Le malade arrête le traitement.)

OBSERVATION 21

R..., 30 ans, couturière, 3 janvier 1929. L.P. datant de 4 semaines, disséminé sur le tronc, les bras, les cuisses. Placards en médaillon sur l'abdomen. Le prurit est intense. A la face interne des joues, surtout à gauche, quelques papules isolées.

Après 8 séances d'U.V. locaux de 2 puis 4 applications de 4 à 8 minutes, le L. est guéri.

OBSERVATION 22

M... Joséphine, couturière, 35 ans, 29 août 1927. L. disséminé sur les mains, les avant-bras, le cou, la face, datant de 15 jours. Démangeaisons très vives. Après 7 séances d'U. V. locaux, bi-hebdomadaires de 5 minutes 2, sur les deux avant-bras, on note la disparition des papules (le L.P. de la face a disparu sans traitement 4 jours après la première séance).

Deux mois après, petite poussée de quelques papules à la saignée des deux bras. Après une nouvelle séance de R.U.V., la guérison est complète.

OBSERVATION 23

B... Léon, négociant, 45 ans, 23 août 1927 ; L.P. datant de six mois, ayant débuté par la face interne des joues. Atteinte consécutive des bras et de la cuisse droite. Placard pigmenté sur la face interne de la cuisse gauche ; plusieurs placards lichénifiés sur l'avant-bras gauche. Traité en ville sans résultat par diverses pommades. En juillet, traitement sans résultat par le Tréparsol.

Le 24 août, Rayons X 5 H nus 2 sur la région cervicale. Le 22 septembre, certaines papules des bras et des jambes ont disparu, mais les papules hypertrophiques de la cuisse n'ont pas changé.

Du 22 septembre 1927 au 8 mars 1928, 12 séances de R. U. V. locaux, (10 minutes). Les éléments des bras et des jambes ont disparu, sauf deux îlots papuleux et hypertrophiques. Le prurit a disparu, sauf sur ces placards lichénifiés. A la face interne des joues, disparition des papules. A la langue, pas de changement.

Le 18 avril, après 7 nouvelles séances de 2 à 8 minutes, la guérison est complète.

OBSERVATION 24

P... Pierre, monteur en cuivre, 30 ans.

L.P. datant d'un mois, généralisé, très diffus, à grands placards, siégeant surtout sur le membre inférieur gauche (qui est amyotrophique par suite d'une paralysie infantile). — Localisation jugale interne plus marquée à gauche. — Le malade est hypotrichosique, présente des malformations crâniennes et dentaires. Un de ses enfants est né avant terme.

Le 25 février, irradiation par les rayons X du corps thyroïde, 9 H 30/10 en trois portes, auxquels on adjoint les U.V. locaux. Après 32 séances bi-hebdomadaires de 4 applications de 3 à 10 minutes chacune, la guérison est complète.

OBSERVATION 25

N... Pierre, employé. L. P. de la muqueuse du gland, d'autant de huit jours, ne comprenant que deux ou trois éléments. Pas d'autre localisation. Peu de prurit.

Après 4 séances bihebdomadaires de 4', 4', et 5 minutes de R. U. V., le L.P. a disparu. Il ne reste plus qu'une légère macule.

On fait encore quatre séances d'irradiations.

L'avènement des thérapeutiques modernes a donné un regain d'intérêt aux problèmes pathogéniques si complexes soulevés par la pathogénie et l'étiologie du L.P. Les résultats obtenus par l'actinologie nous permettent de rétrécir le champ des hypothèses, en rejetant les théories pathogéniques qui sont inconciliables avec eux.

Telle est la *théorie du L.P. considéré comme une réaction cutanée toxinienne*. Les arguments sur lesquels elle s'appuie sont peu solides :

On a signalé des L.P. buccaux coïncidant avec des troubles gastro-intestinaux, et on a voulu trouver dans ces troubles l'origine toxinienne du L.P.

On a encore cité à l'appui de cette thèse les L.P. familiaux ; ces cas peuvent venir aussi bien à l'appui d'une théorie infectieuse, comme nous le verrons.

Un autre argument en faveur de la théorie toxinienne est la fréquence des éruptions lichéniennes au cours des traitements par l'Or ou par l'Arsenic. Nous donnerons à ces faits une autre explication.

La théorie de l'origine infectieuse dispose d'arguments plus solides. Elle a été interprétée de façons diverses suivant les auteurs. Lassar prétendait avoir trouvé dans le L.P. des bactéries en forme de baguette.

Niesser admettait un virus filtrant, comme pour les verrues vulgaires.

Lipschutz prétend que le L. est provoqué par un virus dermatrope.

Dès auteurs anglais, (Leslie, Leslie-Roberts), ad-

mettent pour le L.P. une action focale partant des dents, ils auraient vu des guérisons après ablation du foyer d'infection. Ces cas demanderaient confirmation.

La possibilité d'une origine microbienne est admise aussi par *Brocq*, qui considère le L.P. comme une entité morbide vraie d'origine infectieuse probable, et dont on ignore encore l'agent pathogène.

Cependant, *Pautrier* ayant essayé d'inoculer par scarifications et injections intra-dermiques plusieurs sujets avec du sérum physiologique dans lequel il avait broyé des papules de L.P., n'a obtenu aucun fait de transmission. Mais ces expériences ne doivent pas nous faire rejeter l'hypothèse d'un agent pathogène que nous ne sachions ni mettre en évidence ni inoculer efficacement ; car nombreuses sont les affections très suspectes d'être d'origine infectieuse qui n'ont pu être jusqu'aujourd'hui transmises expérimentalement.

Plus récemment, *Jausion* a émis une théorie faisant du L.P. une *allergide mycosique*. Partant de ce fait que l'injection d'une toxine tricho-épidermophytique, qu'il prépare par filtration d'une culture d'hyphomycètes, donne en 48 heures une réaction chez les porteurs de mycose et n'en donne pas chez les sujets indemnes ; que chez les porteurs de Lichen, (n'ayant pour toute lésion cutanée que leur Lichen), cette réaction est constamment positive, il en conclut que le L.P. est une réaction cutanée qui, si elle ne résulte pas toujours d'un seul et unique excitant,

l'antigène trichophytique, peut avoir du moins quelquefois cette origine.

Il trouve une confirmation de son hypothèse dans le résultat qu'il déclare obtenir dans le L.P. par le vaccin qu'il prépare : la clasine mycosique. Il aurait obtenu particulièrement des guérisons dans le L. de la muqueuse buccale, si rebelle à toutes les thérapeutiques.

Ces faits intéressants, si l'expérience par la suite les confirme, pourraient jeter une clarté nouvelle dans la pathogénie si obscure du L.

On doit noter que certains arguments cliniques plaident en faveur de la théorie infectieuse : ainsi on a vu des cas de L.P. conjugal qui pouvaient faire penser à la possibilité d'une contagion. On a même cité chez deux conjoints un cas de L.P. présentant une ressemblance frappante par la même localisation, les mêmes symptômes et la même évolution.

Quant aux cas de L. familiaux consanguins, ils plaident autant en faveur d'une disposition familiale que d'une contagion favorisée par la vie en commun.

Une recrudescence des cas comme celle observée par Pautrier à Strasbourg en 1927 peut être considérée par certains comme une épidémie, par d'autres comme une accumulation de facteurs de prédisposition.

Enfin l'existence de symptômes généraux dans les formes aiguës est encore en faveur de l'origine infectieuse.

C'est en partant de la théorie infectieuse qu'ont appliqué les médications antiseptiques.

Les faits de guérison par les Arsénicaux viennent à leur tour à l'appui de cette théorie. Pour d'autres, l'arsenic agirait directement et spécifiquement sur le virus inconnu du L. P. Malheureusement la fréquence des échecs de la médication arsénicale ne permet pas de lui attribuer une action aussi spécifique.

Mais surtout, l'expérience de cette médication appuie la théorie infectieuse grâce aux phénomènes curieux qui marquent dans certains cas son application. En effet, on a signalé, au cours du traitement du L.P. par l'arsenic (comme d'ailleurs aussi par l'or et par les rayons X) de subites aggravations dès le début du traitement qui disparaissent quand on le continue et surtout quand on augmente les doses. Ces aggravations peuvent aller jusqu'à la généralisation.

D'autre part, on a noté que chez certains individus en traitement par le 914 (et plus souvent par les sels d'or) ou par les rayons X appliqués pour tout autre affection, ces médications avaient été capables de créer de toute pièce un L.P. qui n'existait pas auparavant. Et il s'agit bien là d'un L. vrai, et non d'une réaction lichénoïde l'examen histologique en témoigne.

Ces phénomènes, si comparables à la réaction d'Herxheimer semblent devoir être considérés comme des faits de biotropisme. En effet, suivant la conception commode que M. Milian a appliquée à des cas analogues, certains agents chimiques ou physiques agissant sur l'organisme peuvent, au lieu de tuer le parasites, en exalter la virulence, surtout si ces agents sont employés à doses insuffisantes.

Dans les cas où le L.P. semble avoir été créé de toute pièce, les agents thérapeutiques n'auraient fait que réveiller les microorganismes d'une affection ancienne ou d'une affection latente, de provoquer, en un mot, des faits de biotropisme. Cette explication est à peu près la seule qu'on puisse donner à ces faits d'apparence paradoxale de médications capable tantôt de guérir, tantôt de déclancher le L.P. En l'acceptant, nous pourrions comprendre aussi que nous n'ayons jamais eu à déplorer au cours de nos traitements du L.P. par les U.V. ni aggravaions ni généralisations. C'est que nous employons les U.V. à forte dose, doses érythémateuses, et non aux doses faibles qui exalteraient la virulence du germe pathogène inconnu.

Nous allons voir que cette « théorie infectieuse », si séduisante, n'est pas incompatible avec la « *théorie nerveuse* », du L.P.

Celle-ci a été émise depuis longtemps. Elle tient compte, dans l'étiologie du L.P. des facteurs d'atteinte psychique et nerveuse. L'irritabilité, l'instabilité affective, l'inaptitude au travail sont de notion classique chez les porteurs de L.P. Certes, de nombreux cas ont été signalés où ces symptômes semblaient manquer. Mais ces cas ne sont pas probants, un certain degré de déséquilibre mental pouvant facilement passer inaperçu du clinicien.

L'apparition du L. semble favorisé par les chocs émotifs chez les sujets prédisposés. Les cas où ce facteur est apparu nettement sont peu nombreux mais indiscutables. Ramel cite deux cas développés après

un choc affectif, rebelles à tout traitement, et disparaissant rapidement après qu'un traitement psychanalytique eut débrouillé le complexe freudien originel.

Le déséquilibre psychique des porteurs de L. ne peut être rapporté, comme on a voulu le faire, au prurit et aux insomnies consécutives, puisqu'il existe dans les L. buccaux et dans des formes cutanées nullement prugineuses.

On a voulu encore apporter comme argument combattant la théorie psychique du L. les cas observés chez les très jeunes enfants. Mais, d'une part, le L. est rare chez l'enfant ; et d'autre part, celui-ci ne doit pas du tout être considéré comme à l'abri des traumatismes psychiques.

Même si on n'admettait qu'avec réserves l'hypothèse d'une influence psychique sur le L.P., on est obligé d'admettre que tout au moins le système nerveux joue un rôle dans sa production.

Plusieurs faits en témoignent : la disposition en placards symétriques ou bien en bandes, zoniforme dans certains cas ; les altérations du Liquide Céphalo Rachidien signalées par Ravaut (lymphocytose, albuminose légère, indiquant un processus inflammatoire de la méninge médullaire ou radiculaire) ; enfin, et surtout, les effets de la radiothérapie.

Pautrier, tout d'abord, supposait que l'origine de la maladie était due à un agent parasitaire localisé dans la moëlle, ou les racines nerveuses, ou les ganglions spinaux. Il a, depuis, abandonné cette idée

d'une origine parasitaire, inconciliable avec les résultats de la radiothérapie.

La théorie la plus généralement admise aujourd'hui, et à laquelle nous nous rattacherons le plus volontiers, est celle qui fait du L.P. une affection commandée par un déséquilibre neuro-végétatif. Cette théorie permet d'expliquer à la fois l'action de la radiothérapie profonde et celle de la radiothérapie superficielle : toutes deux agiraient sur le Sympathique.

Certes, les recherches de M. Louste ont montré que dans aucun cas de L.P. on ne décèle de signes objectifs de ce déséquilibre. En particulier, le réflexe oculo-cardiaque se montre normal.

En faveur toutefois de cette hypothèse, notons que l'actinothérapie, (de même d'ailleurs que la radiothérapie et les arsénicaux dans les cas où ils agissent) avant de faire disparaître les papules du L.P. agit d'abord, et très précocement, sur le Prurit.

Or, le Prurit n'est pas un épiphénomène au cours du L.P. Il en est un des signes cardinaux. On admettrait même la possibilité de prurit dû à la cause inconnue du L. sans lésions objectives cutanées ou buccales, (Gougerot, S.D. 1924). On a même signalé un malade chez qui le prurit a précédé de dix ans les lésions cutanées (id. S.D. 13 mars 1930).

Certains auteurs, à la suite de Jacquet, considèrent le prurit comme primitif et l'éruption comme secondaire. « Ce n'est pas l'élément éruptif qui est prugineux, c'est le prurit qui est éruptif ». Il n'est pas rare, d'ailleurs, de noter la disposition des pa-

pules en longues bandes répondant aux lésions de grattage.

Quoiqu'il en soit, on s'accorde à reconnaître au prurit une origine sympathique. Il n'est que l'exagération des sensations cutanées élémentaires qui émanent des fibres sensitives du Grand Sympathique. C'est le Sympathique qui préside à la circulation capillaire et à la nutrition cellulaire cutanée. Le dysfonctionnement du Sympathique se traduit par le Prurit. Cette sensation est très différente de celles qui dépendent du Système Nerveux Central, (douleur, tact, sensibilité thermique).

Il est donc tout à fait logique de penser que la disparition du prurit au cours du traitement est le fait d'un mécanisme sympathique.

Cette hypothèse est d'ailleurs appuyée par l'action favorable de la Ponction Lombaire sur le Prurit du L.P. — On peut, avec Margarot, considérer la P.L. comme un véritable test des réactions du Système neuro-végétatif. Elle amène de façon constante une excitation du système Parasympathique, se traduisant par l'abaissement de la Tension Artérielle, et le ralentissement du pouls. La disparition du Prurit, symptôme d'origine sympathique, peut être considérée comme due à l'activation du parasympathique antagoniste. Et l'action que la P.L. peut avoir, (rarement d'ailleurs), sur les lésions objectives serait peut-être commandée par la cessation primitive du prurit. L'hypothèse que le L.P. est en rapport avec un déséquilibre neuro-végétatif a encore l'avantage d'être conciliable avec les résultats de théra-

peutiques aussi différentes que les Arsénicaux, la Radiothérapie, et l'Actinothérapie. Ayant un résultat commun, il est probable qu'elles agissent par un mécanisme commun : le redressement d'un Sympathique perturbé.

Dans cette hypothèse, la Radiothérapie Profonde, médullaire pour ses auteurs, agirait en réalité sur le sympathique, tout comme la Radiothérapie Superficielle.

Les Arsénicaux agiraient sur le sympathique par un mécanisme de choc.

Quant à l'Actinothérapie, les résultats constants qu'elle nous a donnés doivent être également compris comme une action sur le Sympathique.

Le rôle du Sympathique dans le mécanisme de l'action des U.V. est évidente. Les phénomènes de pigmentation et d'érythème actinique sont directement sous la dépendance du Système Neuro-Végétatif. Ce rôle du Sympathique a encore été affirmé récemment par Lucca et Reviglio, qui, examinant 64 enfants soumis au traitement par les U.V., et prenant comme test les variations du réflexe oculo-cardiaque, de la pression artérielle et de la fréquence du pouls, ont conclu à l'action nettement sympathicotonique des U.V.

L'action des U.V. s'expliquerait d'ailleurs difficilement autrement,

La simple action exfoliatrice ne suffit pas à l'expliquer, car les décapants ne donnent pas de résultats comparables. D'ailleurs la desquamation est inconstante au cours du traitement.

La simple action bactéricide in situ ne doit pas être non plus retenue.

Mais on doit aussi rejeter l'hypothèse d'une action sur le Sympathique profond, analogue à celle des Rayons X, puisque les R.U.V. doués d'une pénétration infime sont entièrement absorbés par la peau. Tout se passe donc au niveau de celle-ci. On peut donc considérer que les U.V. agissent sur les terminaisons cutanées du Sympathique. Quelle serait cette action sur le Sympathique ? On ne peut apporter à cette question que des hypothèses .

Mais peut-être ces radiations ont-elles sur le L.P. une action encore plus directe. En effet, Pautrier a démontré que l'apparition de la papule de L.P. et de l'infiltrat dermique est précédée par celle d'éléments nerveux néoformés. L'auteur ne peut encore se prononcer sur l'origine centrale ou périphérique (placodique) de ces lésions du système sympathique, mais pense que l'apparition du L.P. est indiscutablement commandée par ces lésions nerveuses, dans ces conditions, on peut penser que les U.V. agissent directement sur ces éléments néoformés de la papule lichénienne.

On ne peut à l'heure actuelle, apporter des arguments en faveur de cette théorie plutôt qu'en faveur d'une action des U.V. sur le Sympathique par l'intermédiaire du Sympathique cutané.

CONCLUSIONS

L'Actinothérapie réalise actuellement le Traitement de beaucoup le plus simple et le plus efficace du Lichen Plan.

Son action semble être renforcée par l'application préalable de solutions alcooliques ou alcoolo-éthérées iodées et gaïacolées.

L'actinothérapie doit être employée isolément sans association avec aucune autre thérapeutique physique ni chimique.

Les résultats qu'elle a permis d'obtenir semblent être en faveur d'une intervention du Système Nerveux, et plus particulièrement du Sympathique, dans la Pathogénie du L.P.

Mais la nature infectieuse de celui-ci étant de plus en plus probable, on peut considérer cette affection comme une atteinte infectieuse sur un terrain de déséquilibre neuro-végétatif, cette théorie restant encore à démontrer par des preuves biologiques.

BIBLIOGRAPHIE

- BAILLY. — L'Héliothérapie Artificielle dans le Traitement des Dermatoses. Th. de Nancy.
- BROCQ. — Cliniques Dermatologiques.
- DARIER. — Précis de Dermatologie.
- DAUSSET. — U. V. et Infra-Rouges, 1930.
- DERUAS. — Valeur du Traitement Radiothérapique du Lichen Plan. Th. de Paris, 1926.
- DEWING. — Traitement du L.P. par l'Acétylarsan. Th. Paris, 1929.
- DUFESTEL. — Traité Pratique d'Actinothérapie.
- ESPINOSA (Mlle R.). — Physiothérapie du L.P. Les conclusions pathogéniques qu'on peut en tirer. Th. de Paris, 1929.
- GOLAY. — Le rôle du Sympahtique dans la Pathogénie des Dermatoses (annales de Dermato-syphiligraphie, 1922).
- GOUGEROT. — La Dermatologie en Clientèle.
- GOUGEROT et BURNIER. — Prurit Lichénien sans papules ; L.P. précédé par du prurit, sans lésions depuis dix ans. B.S.D. Mars 1930.
- GOUGEROT et BURNIER. — B.S.D. 12 novembre 1931.
- GOUGEROT et FILLIOL. — L.P. S.D. 1926, échec de la Radiothérapie.
- GOUIN et BIENVENUE, DAOULAS et DESAUNAY. — Communication S.D. 1931.
- JAUSION et PECKER. — Le L.P., clinique, étiologie, et traitement (Journal de Médecine et de Chirurgie, 10 février 1932).
- JAUSION, PAGES et SOLEIL. — Le Photobiotropisme (Revue française de dermatologie et de vénéorologie, mars 1932).

JUSTER. — Traitement des affections neuro-cutanées.

JUSTER et TCHIPROUT. — Sur le Traitement du Lichen Plan par les U.V., communication à la Société de Dermatologie, 1928.

JUSTER. — Id., communication à la Société de Dermatologie, mai 1931.

LE BERRE. — Traitement du L.P. par l'acétylarsan. Th. de Bordeaux, 1930.

LAIGNEL LAVASTINE. — Pathologie du Sympathique.

LEREBoullet. — Système sympathique et glandes endocrines.

LOUSTE. — S. D. Janvier 1932.

MILIAN. — Le Biotropisme.
— S.D. 12 novembre 1931.

PAUTRIER et DISS. — Les lésions nerveuses au niveau de la papule de L.P. Réunion de Strasbourg 1927.

SAIDMAN. — Les Ultra-Violets en Thérapeutique.

BROcq, GOUIN et BIENVENUE, HUBSCHMANN, HUDEL0 et RABUT, JANSELME et BURNIER, KOG0J, MARGAROT, PAUTRIER, RAMEL, RAVAUT. — Réunion de Strasbourg, 1927.

Vu : *Le Président*,
GOUGEROT.

Vu : *Le Doyen*
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
S. CHARLÉTY.

